



بسم الله الرحمن الرحيم
الجامعة التكنولوجية
استمارة الكشف الطبي
Medical examination form



الولايةالمستشفى\المركزالتاريخ: \ 2025م

القسم الأول:

صورة فتوغرافية	اسم الطالب رباعي
	الرقم الجامعي
	الجنس
	فصيلة الدم

القسم الثاني: الفحص العام (كلية علوم التمريض فقط)

النتيجة		الفحص
Positive	Negative	مرض المناعة المكتسبة
Positive	Negative	فيروس الكبد الوبائي C
Positive	Negative	فيروس الكبد الوبائي B

القسم الثالث: جميع الكليات

بناءً على مقابلة الطالب وتقييم حالته الصحية العامة، يُرجى من الطبيب تعبئة الحالات التالية :

الفحص		سليم		غير سليم		ملاحظات الحالة إذا غير سليمة (ذكر المرض والاصابة إذا وجدت)
البصر	النظر	العين اليمنى	العين اليسرى	العين اليمنى	العين اليسرى	
	عمى الألوان					
السمع			الاذن اليمنى		الاذن اليسرى	
الحركة والاعاقة (التأكد من التشوهات في الحركة)	الأطراف العلوية		الأطراف السفلية		الأطراف العلوية	
					الأطراف السفلية	

			الحالة النفسية
			الامراض المزمنة
			الإصابات

التوصيات الطبية:

لائق طبيا: غير لائق طبيا:

اسم الطبيب: التوقيع\الختم: